FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Lucien-Marcel BLANCHON

Né à Saint-Setiers (Corrèze) le 24 Juin 1896

Utilité de la Syndesmotomie

Premier temps de toute extraction dentaire

Président: M. SEBILEAU, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MEDECINE

JOUVE ET Cie ÉDITEURS

15, Rue Racine, 15

1924

LE DOYEN... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BESANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT. CHAUFFARD. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA Auguste
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
L. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LABDENNOIS	Pathologie chirurgicale
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
ROUVIÈRE	Anatomie.
STROHL	Physique médicale.
TANON	Pathologie médicale.
TIFFENEAU	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.
WELTER	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
CAMUS	Physiologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
RETTERER	Histologie.
ROUSSY	Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.
LÉRI.....	Clinique médicale.
LŒPER.....	Clinique médicale.

MM.	
OMBRÉDANNE.	Clinique chirurgicale i fantile.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
RATHERY.....	Clinique médicale.
SCHWARTZ...	Clinique chirurgicale.
TERRIEN.....	Cliniq. ophtalmologiqu

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique c l'adulte pour les accidentés du travail, mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	Stomatologie.
N.....	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opini émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées com propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni imp bation.

A MA GRAND'MERE

A MON PERE ET A MA MERE

En témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A MON ONCLE LE DOCTEUR CONSTANT FERRAND

Affectueuse reconnaissance pour sa direction qu'il a su imposer à mes études médicales.

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRERE,
LE DOCTEUR LEON DEGUILLAUME

A MES ONCLES

FRANÇOIS FERRAND ET ERNEST FERRAND

A MES TANTES

A MES COUSINS

A MES CAMARADES

MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A MES AMIS

HISTORIQUE

Les anciens n'ignoraient pas la prophylaxie du décollement gingival et comme premier temps de l'extraction dentaire, ils ne manquaient jamais de faire le déchaussement des dents, au moyen d'instruments coupants ou déchaussoirs, sortes de lancettes ou de bistouris courbes que l'on voit décrits et représentés dans les ouvrages d'Ambroise Paré, de Garengeot, de Fauchard et de la plupart des spécialistes.

Dans les œuvres d'Ambroise Paré, nous trouvons au chapitre XXVIII ce qui suit : « Premièrement avant qu'arracher les dents, il faut que le malade soit assis bas, ayant la tête entre les jambes du dentateur ; puis qu'il les déchausse profondément d'alentour de leurs alvéoles avec des déchaussoirs. »

Au début du XVIIIe siècle, Jacques Croissant de Garengeot consacre tout l'article V de son « Nouveau Traité des Instruments de chirurgie les plus utiles » aux déchaussoirs, dont l'usage, dit-il, est de séparer les gencives des dents pour permettre à l'instrument avec lequel on doit les arracher de saisir la dent plus

près de ses racines, d'empêcher qu'on emporte les lambeaux de gencives en arrachant les dents et d'ouvrir les peits vaisseaux sanguins qui permettent la sortie du sang ».

Quelques années plus tard, le grand maître de l'art dentaire, *Fauchard,* décrit au chapitre X comme premier des instruments servant à « oter les dents » le déchaussoir « qui sert à détacher les gencives du corps de la dent ou des racines lorsqu'il est besoin pour les tirer... »

Maury décrit et représente un « canif » ou déchaussoir et Harris dit que « l'emploi du déchaussoir doit généralement précéder l'application soit du davier soit de la clef ».

Tomes s'élève contre ce procédé qu'il ne croit ni nécessaire ni même avantageux, sauf dans de très petits nombres de cas où la gencive a une adhérence insolite.

Parmi les auteurs modernes français : Magitot se déclare non partisan du déchaussement préalable des gencives qui « prolonge inutilement l'opération principale » et ne l'admet que quand il s'agit d'aller chercher « des débris plus ou moins cachés par la gencive ».

Cruet considère cette opération inutile en tant que séparée de l'extraction « c'est le davier lui-même, dit-il, qui par enfoncement doit s'insinuer sous la gencive ».

Godon, Roy ne semblent pas se soucier du déchaussement des dents et n'en parlent pas.

En Amérique, Morshall ne recommande l'emploi de la lancette à gencives » que dans quelques cas rares, extractions des troisièmes molaires, des dents isolées ou des racines recouvertes de gencives »

CHAPITRE II

Considérations anatomiques de l'articulation alvélo dentaire

Cet aperçu anatomique de l'articulation alvéolo dentaire aura l'avantage de nous guider dans l'établissement du procédé opératoire et de nous faire mieux comprendre le mécanisme de la syndesmotomie.

Les dents sont implantées verticalement dans les alvéoles des maxillaires. Celles-ci reproduisent la forme et les dimensions des racines qu'elles reçoivent. L'adaptation parfaite de l'alvéole à la dent sur laquelle elle se moule constitue déjà un moyen de fiscité pour la dent. De plus les dents sont encore retenues en place par la gencive qui enserre leur collet mais le moyen principal de fixité de la dent est constitué par le ligament alvéolo-dentaire qui unit la racine à la paroi de l'alvéole.

Le ligament alvéolo-dentaire est une membrane conjonctive riche en vaisseaux et en nerfs qui tapisse l'alvéole. Elle résulte d'un dédoublement de la couche profonde de la muqueuse gingivale. Celle-ci, après avoir recouvert la face interne des arcades

alveolaires, arrive au niveau du bord libre de base des alvéoles dentaires, là elle se divise en deux lames, l'une qui monte sur la dent tapissant la portion de la racine qui déborde l'alvéole et forme une sorte de gaine à chaque dent, l'autre pénètre dans l'alvéole.

Au niveau du collet les fibres plus épaisses forment comme une colerette et constituent le ligament dentaire circulaire de Kœlliker.

La portion intra-alvéolaire est constituée par des fibres dirigées d'abord transversalement de l'os au cément, à mesure que l'on se rapproche de l'apex elles deviennent de plus en plus obliques (Black).

Au niveau de l'apex ces fibres se divisent pour constituer des faisceaux ayant une tendance à devenir parallèles à l'axe de la dent.

Le ligament alvéolo-dentaire présente une riche vascularisation. Les artères viennent de trois voies.

Les unes proviennent du paquet vasculo nerveux qui pénètre par l'orifice apical pour se rendre à la pulpe. Elles naissent au moment où le faisceau pénètre par l'apex et chemine dans l'épaisseur de la membrane péridentaire. A ce niveau ces vaisseaux présentent des flexocosités nombreuses puis ils pénètrent dans la membrane et montent vers la couronne de la dent. Au niveau du collet, ce réseau vasculaire devient très abondant et s'anastomose avec les vaisseaux de la gencive.

Un autre groupe vient de la muqueuse gingivale ; ses branches, moins abondantes que les premières s'anastomosent rapidement avec elles.

Les ramifications qui viennent de la paroi alvéolaire s'anastomosent de même avec les branches externes du réseau principal fourni par l'artère pulpaire.

Les veines très abondantes suivent le trajet des différentes artères que nous venons d'indiquer ; elles se rendent donc, soit à la gencive, soit à l'os, mais le plus grand nombre contribue à fournir la veine dentaire.

Les nerfs sont aussi très nombreux et proviennent des troncs se rendant à la pulpe dentaire. Ils suivent le trajet des artères et se ramifient en un riche plexus ; d'autres filaments viennent dela paroi alvéolaire et suivent les vaisseaux qui en sortent, mais ils sont beaucoup moins nombreux.

Au point de vue physiologique, d'après la disposition des fibres, il est reconnu que le ligament tient la dent en suspension dans l'alvéole et assure sa fixité.

INTRODUCTION

Le déchaussement des dents, connu et employé de tout temps par certains opérateurs, ne consistait qu'en l'incision plus ou moins profonde de la muqueuse gingivale avoisinant la dent ; il semble qu'on n'ait jamais essayé d'attaquer le lien proprement dit qui unit la dent au maxillaire, le ligament alvéolo-dentaire. C'est pour cela que le Dr Chompret a fait construire les intruments dénommés par lui : syndesmotomes.

C'est sur les conseils de notre maître, le Dr Chompret, que nous avons pris l'initiative de faire notre thèse sur la syndesmotomie.

Après avoir fait l'historique des déchaussoirs des Anciens, nous rappellerons quelques notions anatomiques de l'articulation alvéolo-dentaire et nous exposerons la méthode d'anesthesie intra-ligamentaire; nous décrirons ensuite les syndesmotomes et la technique de la syndesmotomie.

CHAPITRE III

Anesthésie Intraligamentaire

Avant de passer à l'étude de la syndesmotomie nous devons exposer la méthode d'anesthésie indispensable, si on veut opérer méhodiquement, parfaite, si on veut couper les ligaments sans être gêné par la sensibilité du patient. Nous voulons parler de l'anesthésie intraligamentaire.

L'avulsion d'une dent est la rupture des attaches de cet organe avec les tissus avoisinants. L'anesthésie qui permettra de procéder à cette opération sans douleur devra donc intéresser ces attaches, c'est-à-dire les ligaments circulaire et intra-alvéolaire. Il semble que les différents auteurs classiques n'attachent pas une assez grande importance à ce point et nous voyons que le plus grand nombre d'entre eux se rallient à la méthode des injections dans la fibro muqueuse. Cette méthode est inconstante dans ses résultats, on obtient souvent une analgésie passable, on n'est jamais certain de supprimer la douleur de façon absolue. En effet l'anesthésique injecté dans la gencive impressionne les extrémités nerveuses péri-

phériques qui se trouvent dans la fibro muqueuse et ce n'est que plus tard qu'il agira sur celles qui se trouvent dans les couches sous-jacentes, c'est-à-dire dans le périoste, l'os, et enfin le ligament ; et il arrivera même que l'anesthésie sera insuffisante quand les rameaux nerveux qui innervent le ligament intra-alvéolaire et la gencive, ne sont pas les mêmes. C'est ce qu'il se passe pour les dernières molaires inférieures dont le ligament interne reçoit les terminaisons nerveuses du dentaire inférieur et la gencive recouvrant l'alvéole de ces dents reçoit soit les terminaisons nerveuses du nerf masséterin du côté vestibulaire, soit celles du mylo-hyoïdien du côté lingual.

Il fallait donc chercher une voie pour faire pénétrer l'agent anesthésique jusqu'au contact des rameaux sensitifs profonds, c'est-à-dire dans le ligament intra-alvéolaire.

En 1903, le Dr Granjeon avait préconisé cette méthode, il pénétrait dans le ligament en suivant l'axe des racines après avoir fait la place à l'aiguille à l'aide d'un trocart.

Les Docteurs Van Momenck de Louvain et Polet de Bruxelles avaient effectué aussi des injections intraligamentaires, du côté distal ou mésial, pour obtenir l'anesthésie de la dentine et de la pulpe.

Ces auteurs affirmaient obtenir des résultats parfaits, mais le Dr Chompret a bien mis au point cette

méthode. Voici la technique qu'il nous a enseignée et que nous suivons :

Nous prenons une seringue à ailette avec une aiguille interchangeable aussi fine que possible, de un cenimètre environ de longueur dont le biseau soit court et non effilé de façon à ne pas se fausser. Il faut la diriger perpendiculairement à l'axe de la dent et enfoncer l'aiguille dans le bourrelet gingival interdentaire c'est-à-dire dans le ligament circulaire.

Nous poussons ainsi une goutte de liquide aneshésique à la face mésiale puis autant à la face distale de la dent à extraire. De cette façon le ligament circulaire est rapidement insensibilisé et l'action du médicament gagne déjà aussi bien du côté gingival que du côté alvéolaire.

Le second temps consiste à injecter le liquide anesthésiant dans le ligament intra-alvéolaire.

Pour cela il faut tenir la seringue presque verticalement. Nous appliquons le biseau de l'aiguille au collet de la dent soit du côté mésial soit du côté distal, et passant sous le ligament circulaire nous poussons l'aiguille progressivement, sans à coup, aussi loin que possible dans l'articulation alvéolo dentaire vers l'apex de la dent.

Quand nous ne pouvons plus avancer, nous pratiquons notre injection qui ne nécessitera qu'une petite quantité de liquide.

Nous faisons ainsi une piqûre au côté mésial puis

une autre au côté distal de la dent ; cela suffit amplement pour les incisives, les canines et les prémulaires. Pour les grosses molaires, nous cherchons également à faire pénétrer une injection dans le ligament alvéolaire du côté vestibulaire et du côté lingual.

On obtient donc rapidement l'anesthésie profonde qui nous permet de syndesmotiser et d'extraire la dent sans douleur et sans dommages pour les tissus voisins.

Cette méthode n'est pas toujours pratiquable, en particulier chez les personnes âgées et hypercalcifiées ayant une sorte d'ankylose de l'articulation alvéolaire et encore dans les cas d'arthrite et de périodontite suraiguë mais il n'y a pas d'autres méthodes applicables dans tous ces cas.

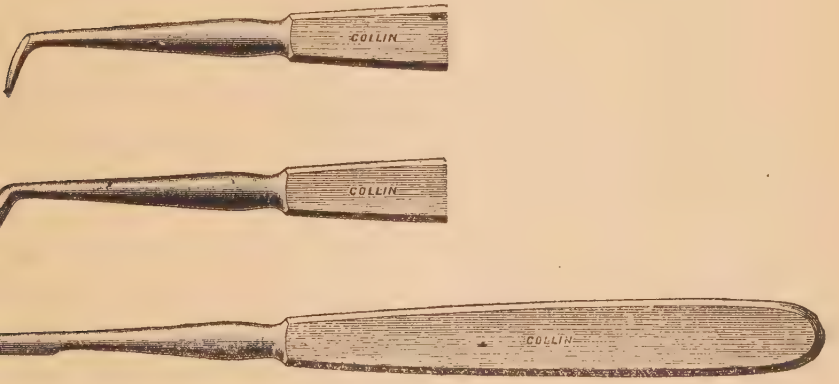
Si nous sommes en présence de tissu enflammé on peut appliquer le procédé de la « baguē au doigt » de Reclus, c'est-à-dire injecter l'anesthésique au tissu sain tout autour de l'abcès, de façon à baigner les filets nerveux efférents dans une solution anesthésique et supprimer de la sorte tout influx nerveux.

CHAPITRE IV

Des syndesmotomes
Description

Les syndesmotomes de « Eundesmos ligament et tome: section, indiquent bien que ce ne sont pas des instruments destinés simplement à décoller la gencive, mais à sectionner les ligaments alvéolo-dentaires.

Ces instruments peuvent affecter des formes différentes ainsi que nous les voyons représentés ci-dessous.



Mais pour être utiles ils doivent recourir plusieurs qualités : être *minces* et *pointus,* pour pou-

voir pénétrer dans le ligament ; *coupants* sur tous leurs bords pour, étant introduits, pouvoir inciser les tissus mous ; assez *robustes* de la lame et du manche pour résister à la force très grande que demande parfois la syndesmotomie.

Ce qui distingue essentiellement les syndesmotomes des déchaussoirs des anciens, c'est que les premiers sont minces uniformément et coupants sur tous leurs bords, tandis que le déchaussoir antique qui n'avait pour but que de couper la gencive devait « avoir un dos arrondi sur sa convexité comme nos bistouris arrondis » (Garengeot).

Le syndesmotome droit ressemblant à un bistouri droit nous servira pour les dents antérieures du maxillaire supérieur. Les recourbés nous permettront d'aller sectionner les ligaments des dents inférieures et des molaires supérieures.

Le troisième en forme de raclette servira à pénétrer à la partie postérieure des troisièmes grosses molaires ainsi qu'à la face distale des deuxièmes.

Technique

Le maniement du syndesmotome demande de l'attention, du doigté et de la force. Cet instrument doit être tenu d'une façon ferme, le manche doit s'appuyer dans la paume de la main, le plus franche-

ment possible contre le grand os. En prenant là son point d'appui l'instrument reçoit l'effort nécessaire à sa manœuvre, de la façon la plus normale.

Le fût et la lame reposent ensuite sur l'index en extension contre lequel le pouce vient le maintenir. Les autres doigts sont couchés sous le manche et le fût de l'instrument et ont pour mission de le maintenir dans la position choisie.

Cette position de l'instrument dans la main est favorable à son maniement, elle permet, si l'instrument vient à déraper, de ne blesser aucune partie de la bouche.

Voici comment nous faisons la syndesmotomie :

Prenons le cas d'avulsion d'une dent antérieure du maxillaire supérieur. Avant toute intervention, nous commençons par désinfecter la région, sur laquelle on doit opérer, avec un tampon d'ouate imbibé d'eau oxygénée ; nous pratiquons ensuite l'anesthésie intraligamentaire. Ces préliminaires étant terminées, nous nous plaçons en face et en avant du patient, les doigts de la main gauche écartent les lèvres, cela nous permet de voir clair et d'opérer de la façon la plus complète et la plus sûre.

Dans un premier temps avec le syndesmotome droit nous faisons la syndesmotomie superficielle, cervicale, en passant l'instrument entre le collet et la gencive.

Nous cherchons ensuite à faire la syndesmotomie

profonde, intra-alvéolaire ; les points les plus faciles pour introduire le syndesmotome sont les bords mésial et distal de la dent. En un de ces points nous introduisons la pointe de l'instrument, et par des mouvements très fermes exécutés en allant de la face vestibulaire à la face palatine nous faisons prendre l'instrument dans le ligament vers la direction de l'apex, une sensation tactile bien nette nous renseigne sur la progression du syndesmotome et nous indique sa pénétration plus ou moins loin dans l'alvéole.

Nous faisons ensuite la même manœuvre du côté distal et si possible sur les faces vestibulaire et palatine.

La dent étant ainsi libérée de la plupart de ses adhérences, l'extraction peut se terminer sans difficulté avec un élévateur ou un davier.

Pour la dent de sagesse inférieure, il y a un intérêt primordial à bien couper tout le ligament circulaire surtout à la face distale de la dent ; en cet endroit, en effet, lorsque la dent n'est pas parfaitement évoluée il persiste une partie du sac péri coronaire sous une bride fibreuse très dense adhérente au collet de la dent. Si on extrait la dent de sagesse sans décoller cette bride fibreuse faisant partie du ligament circulaire, on risque de décoller largement la fibro-muqueuse recouvrant le maxillaire, de provoquer des délabrements plus ou moins graves et tout au moins

d'avoir une hémorragie assez sérieuse. Il y a donc utilité absolue d'employer le syndesmotome (3) en forme de raclette créé spécialement pour pouvoir couper le ligament en arrière de la dent de sagesse inférieure.

Prenons enfin le cas où nous avons à enlever une racine plus ou moins recouverte par la gencive.

Après avoir examiné attentivement la région sur laquelle nous allons opérer, nous notons le lieu où il nous semble le plus facile d'introduire le syndesmotome. Ce sera ordinairement là où un bord de la racine vient encore affleurer la gencive, nous introduisons la pointe de l'instrument, nous nous efforçons à la faire pénétrer. Dès que la lame est dans la bonne voie, dans l'articulation, allons-y carrément, ne craignons pas d'employer une certaine force pour la faire pénétrer dans la direction de l'apex. Profitant de cette effraction du ligament nous essayons ensuite à contourner de plus en plus la racine, en appuyant fortement sur l'instrument et en lui faisant exécuter des mouvements de va et vient. Si on ne peut arriver à contourner la racine on relève le syndesmotome et on cherche à le faire pénétrer en un autre point, et ainsi nous aurons suffisamment de place pour pouvoir introduire un davier ou un élévateur.

Dans certains cas, dans celui des racines atteintes de vieilles arthrites avec hypertrophie ligamen-

taire, on peut, avec le syndesmotome, énucléer pour ainsi dire la racine.

Dans d'autres cas, chez les personnes âgées, chez les hypercalcifiés, la pénétration intra-alvéolaire sera plus difficile et parfois impossible, mais cette simple exploration nous permettra de choisir un insrument convenable pour faire l'extraction de la dent.

Avec ces insruments il ne faut pas prétendre couper tous les ligaments, mais nous sectionnerons sûrement le ligament circulaire et nous pénétrerons plus ou moins entre l'alvéole et la dent.

Pour toutes ces manœuvres il faut de l'attention et du doigté. Nous devons toujours repérer le point de pénétration de l'instrument et suivre exactement le bord de la racine, de façon à bien couper le ligament de la dent à extraire et non celui de la dent voisine.

De même en faisant la syndesmotomie des prémolaires du maxillaire supérieur, il faut ne mettre aucune brusquerie et avoir toujours un point d'appui pour ne pas pénétrer dans le sinus maxillaire.

CONCLUSIONS

L'extraction dentaire n'est plus une manœuvre de force, une opération aveugle, mais une opération méthodiquement réglée.

Grâce à l'emploi du syndesmotome nous évitons l'arrachement de la gencive, complication inutile et désagréable de l'extraction.

Nous diminuons grandement l'adhérence de la dent et par cela même nous écartons les chances de fracture de cet organe.

Nous ménagerons une excellente prise pour le davier ou l'élévateur et par suite nous pouvons mener à bien les extractions les plus difficiles, en particulier les extractions des racines brisées au sein du maxillaire.

La syndesmotomie doi donc constituer non pas une manœuvre d'exception mais un temps indispensable de l'extraction dentaire.

Vu: le Président de la thèse,
SEBILEAU

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer:
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL